ÉTUDE STATISTIQUE

DE

L'ACCOUCHEMENT

Chez les Primipares âgées

A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE MONTPELLIER

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 juillet 1906

PAR

Mme Olga IANITSKY-RADZIMOVSKY

Née à Kiew (Russie)

pour obtenir le grade de docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)



MONTPELLIER

Imprimerie Grollier, Alfred DUPUY successeur

Boulevard du Peyrou, 7

1906

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)............ Doyen.
TRUC.................. Assesseur.

Professeurs

Clinique médicale...........................	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale........................	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale...........................	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✻).
Physique médicale..........................	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales........	GRANEL.
Clinique chirurgicale........................	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique......................	TRUC.
Chimie médicale.............................	VILLE.
Physiologie.................................	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne..........................	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils.......................	ESTOR.
Microbiologie................................	RODET.
Médecine légale et toxicologie..................	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique........................	BOSC.
Hygiène....................................	BERTIN-SANS (H.)
Clinique obstétricale.........................	VALLOIS.

Professeur-adjoint : M. RAUZIER.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, E. BERTIN-SANS (✻).
GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	RAUZIER, prof. adjoint.
Pathologie externe........................	JEANBRAU, agrégé.
Pathologie générale.......................	RAYMOND, (✻), agrégé.
Clinique gynécologique....................	De ROUVILLE, agrégé libre.
Accouchements	PUECH, agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. JEANBRAU.	MM. GAGNIERE.
RAYMOND (✻).	POUJOL.	GRYNFELTT Ed.
VIRES.	SOUBEIRAN.	LAPEYRE
VEDEL.	GUERIN.	

M. H. IZARD, *secrétaire,*

Examinateurs de la thèse :

MM. VALLOIS, *président.*	MM. GUERIN, *agrégé.*
FORGUE, *professeur.*	GRYNFELTT, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MARI

ET

A MON AMIE ANNA TEITELBAUM

qui a partagé avec moi les moments agréables de notre enseignement commun et les malheurs de notre long séjour loin de mon pays et de mes proches.

Olga Janitsky-Radzimovsky.

INTRODUCTION

La question d'âge des primipares au point de vue du pronostic pour les mères et les enfants a toujours fortement intéressé les accoucheurs.

Nous avons voulu, sur les conseils de M. le professeur agrégé Guérin-Valmale, faire une étude statistique de la grossesse ét de l'accouchement chez les primipares âgées à la clinique obstétricale de Montpellier.

Nous avons divisé notre travail en cinq chapitres :

Le premier est consacré à l'étude des opinions des auteurs sur la question qui nous intéresse.

Ensuite nous plaçons, résumées sous forme de tableau, les 100 observations qui ont servi de point de départ à notre étude statistique.

Dans le chapitre II nous rendons compte des résultats de nos études quant à la fréquence relative des primipares âgées à la Maternité de Montpellier et des particularités relatives à la menstruation chez ces parturientes.

Le chapitre III est consacré à l'étude de la grossesse et de ses complications chez nos primipares âgées.

Dans le chapitre IV nous étudions le travail de l'accouchement et ses complications.

Le chapitre V s'occupe du pronostic maternel et fœtal.

Suivent quelques conclusions qu'il nous a paru possible de tirer de notre étude statistique.

Ce modeste travail va clore nos études officielles ; au moment de quitter l'Ecole de médecine de Montpellier, nous tenons à remercier les Maîtres de la Faculté pour l'enseignement qu'ils nous ont donné.

M. le professeur Vallois nous a obligeamment autorisée à nous servir, pour ce petit travail, des observations consignées dans les registres de la Clinique obstétricale ; il a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse : qu'il reçoive ici le témoignage de notre reconnaissance.

Nous exprimons nos sentiments de reconnaissance et de sympathie respectueuse à M. le professeur Vialleton pour son savant cours d'histologie, exposé avec tant d'art, que nous avons suivi avec un vif intérêt pendant deux années au début de nos études.

Nous remercions vivement M. le professeur Forgue dont nous avons suivi longtemps l'enseignement clinique.

Le temps passé à la clinique de M. le professeur Grasset demeurera un des meilleurs moments de nos études à Montpellier. Fière d'avoir été son élève, nous emporterons dans notre lointaine patrie un souvenir ineffaçable de l'enseignement et de la personnalité de ce savant Maître. Qu'il nous soit permis de lui exprimer ici notre estime profonde et toute notre gratitude.

M. le professeur-adjoint Rauzier tiendra aussi une place importante dans nos souvenirs. Son talent de clinicien nous a toujours attiré et nous lui devons aussi une grande partie de nos connaissances médicales.

M. le professeur agrégé Guérin-Valmale a droit à notre reconnaissance à plusieurs titres : son enseignement clinique pendant l'année 1904-1905, son cours théorique de l'année 1906 nous ont fortement intéressée ; mais nous

le remercions encore tout particulièrement de nous avoir proposé le sujet de notre thèse et de nous avoir si aimablement aidée de ses conseils dans la rédaction de ce modeste travail.

Mme Gaussel, chef de Clinique obstétricale, par ses contre-visites et ses travaux pratiques a contribué au développement de nos connaissances d'obstétrique pratique. Elle nous a toujours beaucoup soutenu aux moments tristes et décourageants. Qu'elle reçoive ici l'expression de notre gratitude et de notre sympathie amicale.

CHAPITRE I

Opinions des auteurs sur la grossesse et l'accouchement chez les primipares âgées

En nous proposant de faire l'étude statistique de la grossesse et de l'accouchement chez les primipares âgées, il nous a paru indispensable de fixer d'abord la limite inférieure d'âge à partir duquel une femme doit être considérée comme une personne âgée quant à la première grossesse. Les auteurs, en effet, ne sont pas tous d'accord à ce sujet, les uns classant dans cette catégorie des femmes relativement jeunes, d'autres, au contraire, ne choisissant que des femmes beaucoup plus âgées. La limite d'âge adoptée par les différents auteurs qui se sont occupés de primipares âgées oscille entre 28 et 35 ans.

Ainsi Schramm, Kidder, Coccios, Courtade donnent 28 ans comme limite inférieure. Winckel, Kruger, Ienzler, Rumpe, Dieterlen, Steinmann, Kleinwachter, Eckhardt, Dubé, Courgenou, 30 ans. Mangagialli et Sruzzi, 35 ans.

La question du pronostic de la grossesse et de l'accouchement chez les primipares âgées est une des plus contreversées en obstétrique. Il existe là-dessus presque autant d'opinions que d'auteurs.

Parmi les accoucheurs classiques, Mauriceau, en 1740,

s'exprime ainsi : « Si les vieilles femmes accouchent de leur premier enfant avec plus de peine que ne font pas les jeunes, cela ne provient point de ce que les os sont plus difficiles à se séparer, mais à cause qu'elles ont les membranes de leur matrice bien plus sèches, dures et calleuses, et particulièrement son orifice interne, qui pour ce sujet ne peut pas se dilater si facilement qu'il fait aux jeunes qui l'ont plus humide, et, outre cela, les vieilles ont encore l'articulation du coccyx plus ferme, ce qui fait qu'il ne cède pas si aisément à la sortie de l'enfant. »

Dionis écrit : « Quand la femme est trop âgée et qu'elle accouche de son premier enfant, les parties ne peuvent pas prêter et se dilater avec la même facilité que si elle n'avait que 20 ou 25 ans. »

Puzos, dans son *Traité des accouchements,* 1759, émet l'opinion ci-dessous : « Les parties extérieures forment quelquefois par la résistance qu'elles opposent au passage de l'enfant un obstacle capable de retarder l'accouchement, surtout si les femmes sont déjà avancées en âge, lorsqu'elles accouchent pour la première fois. »

D'après Coccios (1875) : « Les causes du retard dans l'accouchement chez les primipares âgées sont la rigidité anatomique du col et celle du périnée et de la vulve. »

Charpentier (1883, s'exprime ainsi : « On n'est pas d'accord sur l'influence de l'âge ; les uns considérant l'âge avancé d'une femme accouchant pour la première fois comme une cause de la prolongation du travail, les autres considérant cette circonstance comme insignifiante. » Il cite ensuite comme possible la soudure du coccyx et il rapporte un cas de sa pratique (il s'agissait d'une primipare de 26 ans).

Pinard cite aussi un cas d'ankylose du coccyx (secondipare de 27 ans).

D'après P. Dubois (1860), « les primipares âgées sont plus exposées au spasme et à la rigidité du col. »

Pajot (cité par Coccios) disait ainsi : « Les difficultés qu'on rencontre chez les primipares âgées dépendent de la période de dilatation du col qui est plus longue et de la résistance des parties molles. D'ailleurs ces difficultés ont été considérablement exagérées et, pour ma part, j'ai accouché plusieurs primipares âgées, parmi lesquelles l'une n'avait pas moins de 47 ans, et cependant le travail s'est parfaitement passé. »

Courtade (1884) a trouvé que les complications morbides survenant pendant la grossesse s'observent avec leur maximum de fréquence chez les primipares âgées. L'intervention est plus fréquente, la mortalité fœtale et maternelle est plus élevée.

Parmi les auteurs allemands Cohnstein (1872) conclut que l'accouchement est plus difficile chez les primipares âgées : que l'intervention pendant le travail est plus fréquente chez elles ; la mortalité des femmes et surtout celle des enfants est considérable ; que les présentations vicieuses se rencontrent plus fréquemment.

Kleinwachter (1884) trouve aussi que les complications de la gestation et l'accouchement difficile s'observent plus souvent chez les primipares âgées. Il conclut que la durée de la première période du travail est augmentée chez elles ; la seconde et la troisième sont à peine modifiées ; que la mortalité maternelle et surtout fœtale marche parallèlement avec l'âge de la primipare ; que c'est chez les primipares âgées que s'observe le plus souvent l'inertie utérine.

D'après Eckhardt (1887), la rigidité des parties molles est fréquente chez les primipares âgées ; c'est l'âge qui serait la cause de la longueur du travail et prédisposerait aux présentations vicieuses ; d'après lui, la période d'expulsion serait surtout plus longue.

De La Motte (1745), un des premiers, refusait à l'âge toute influence sur le travail d'accouchement.

« Les plus célèbres accoucheurs, dit-il, veulent insinuer que la difficulté et la longueur d'un premier accouchement viennent de ce que le passage n'est pas encore fait ; mais il est constant, par les remarques que j'ai faites sur toutes sortes de femmes, depuis les plus jeunes jusqu'aux plus vieilles, qu'il en arrive tout autrement. »

L'illustre sage-femme, Mme Lachapelle (1821), nie aussi cette influence de l'âge ; d'après elle, « si quatre sur dix ont parmi les plus jeunes primipares un accouchement facile, quatre sur dix parmi les plus âgées accouchent avec promptitude et facilité. » C'est la primiparité et non pas l'âge qui doit être prise en considération d'après son expérience personnelle.

Mangagialli (1881) trouve aussi que l'accouchement chez les primipares âgées ne présente rien de spécial. Si, d'après les statistiques, le pronostic paraît plus grave, cela tient à ce que la plupart de ces femmes présentent des vices de conformation.

Les auteurs dont l'opinion est plus favorable à la maternité tardive en comparaison avec la maternité précoce sont en minorité, paraît-il.

Citons Dieterlen (1882), disant « qu'une femme très jeune offrira moins de résistance aux complications de l'accouchement et de suites de couches qu'une femme ayant acquis son complet développement », et Peyrat (1884), qui s'exprime avec plus de précision: « La femme la plus apte à supporter les charges de la maternité est celle *qui a atteint déjà depuis quelque temps* son complet développement physique et moral. » Docteur Ribbing, professeur à l'Université de Lund, (Suède, 1901), dans son livre intéressant sur *L'hygiène sexuelle et ses conséquences morales*, dit: « Les mariages dans lesquels les contractants n'ont pas encore atteint un degré

de développement suffisant présentent toujours des inconvénients pour les parents et les enfants.

« Tandis que, normalement, le mariage développe l'activité vitale des individus, dans les unions contractées trop tôt c'est le contraire que l'on observe. »

Il donne la statistique pour la mortalité des femmes en France. La voici :

Sur 1.000 femmes mariées.			Sur 1.000 célibataires.
14	mortes	de 15 à 20 ans	8
9,8	—	de 20 à 25 ans	8,5
9,1	—	de 30 à 40 ans	10,3
10	—	de 40 à 50 ans	13,8
16,3	—	de 50 à 60 ans	23,5
35,4	—	de 60 à 70 ans	49,8

Cette statistique annonce une mortalité plus grande pour les femmes âgées de moins de 25 ans ; mais la mortalité est moindre pour celles âgées de 25 ans et au-dessus. En Suède les décès sont également plus nombreux chez les jeunes épouses que chez celles qui sont plus âgées.

En somme, on peut classer les opinions des différents auteurs précédemment cités en trois catégories : les premiers font un sombre tableau de la grossesse et de l'accouchement chez les primipares âgées ; c'est l'opinion dominante (il faut ajouter que c'est celle qui est la plus répandue dans le public).

Les autres pensent que l'influence de l'âge est nulle ou à peu près sur la marche de la première grossesse et sur le travail de l'accouchement.

Les troisièmes admettent, au contraire, que la femme est d'autant plus apte à supporter la grossesse et ses conséquences, qu'elle a atteint son plus complet développement physique, moral et intellectuel.

Il nous a paru intéressant de vérifier ces opinions par une étude statistique des cas observés à la Clinique obstétricale de Montpellier, et de comparer les résultats de cette étude avec les données des différents auteurs.

Nous avons pris les cent dernières observations qui se rapportent aux primipares âgées de 29 ans au minimum.

Nous les avons résumées dans le tableau qui suit :

N°	AGE	MENSTRUATION		ÉTAT DE LA FEMME pendant sa grossesse	Conformation du bassin	ÉPOQUE de la grossesse	Présentations et positions	Durée de la période de dilatation
		ans				mois		h. m.
1	30	17	rég.	signes de toxémie légère	normal	9	OIGA	3 30
2	32	15	—	n'a présenté rien de particulier	coxalgique	9	OIDA	8 30
3	30	15	—	bacillose, a bien supporté sa grossesse	normal	9	OIGA	7
4	40	15	—	anorexie, douleurs dans les reins, quelques petites hémorragies ; utérus fribromateux	—	8	OIGA défléct. IDP	12 30
5	32	13	—	état général bon	—	9	OIGA	7 30
6	31	13	—	s'est très bien portée	promont. à limite	9	OIGA	9
7	29	17	irrég.	s'est bien portée	normal	9	OIGA	11 30
8	30	14	rég.	vomis.. gastral., cramp. dans les jamb.	—	9	OIGA	14
9	32	18	irrég.	Eventration consécutive à l'opérati n d'appendicite, traces d'albumines, vomissements	—	9	OIGA	8 45
10	29	17	—	etat général bon	—	9	OIDP	20 30
11	40	11 1/2	rég.	s'est très bien portée, traces d'album.	—	9	OIGA	24 10
12	31		—	s'est bien portée	cyphot. diam. interi hitiq. 6 cm.	7 1/2 ac. prov	som.	24
13	31				rach. p. p. min. 8,5	9	—	
14	37	15	—	bacil., s'est bien portée pend. sa gros.	rach. prom. à lim.	9	sommet OIGT	18
15	29	15	—	s'est très bien portée	normal	9	OIGA	3 15
16	32	13	—	s'est très bien portée	—	9	OIGA	24
17	30	12	—	vomissements, troubles de la vue, douleurs et œdèmes dans les jambes	—	9	OIGA	10
18	31	18	—	s'est bien portée, sauf céphalée	—	9	OIDP	10 30
19	32			bronch. le dernier temps de la grossesse	—	9	OIDP	
20	31	17	—	rien de particulier	—	9	OIGA	8 30
21	38	17	—	évanouissements	bassin de naine diam. pp. m. 8 1/2	8 1/2 av. prov	OIGA	24
22	35	15	—	vomissements, pertes blanches	normal	9	OIGA	8
23	33	13	—	laryngite et bronchite chronique, plusieurs maladies dans l anté édent	—	9	SIDT vert. ext. en OIGA	
24	31	14	—	albuminurie, pertes blanches	—	8 1/2	OIGA	6 20
25	36	12	—	albuminurie	promont. à lim.	9	OIGA	
26	32			bacillose du sommet et de l'articulation radio-carpienne du même côté	normal	8 1/2	OIDA	
27	32	15	—	s'est très bien portée	rach. génér. aétr. p. p. m. 6 cm. 9	9	OIGA	
28	38	14	—	s'est très bien portée	normal	9	épaule vert. ext. en OIGA	16 10
29	33	18	irrég.	pertes blanches, anorexie, vomissem.	—	9	OIGA	12
30	33	16	rég.	anor., constip., faibl. ext. les prem. m.	—	9	OIDP	
31	29	15	—	nausées au début de la grossesse	—	9	OIGA	9 10
32	29	15	—	s'est très bien portée	—	9	OIGA	4 25
33	30	15	—	vomissements au début	—	9	OIGA	11 30

TERMINAISON	DURÉE totale du travail h.	m.	DÉLIVRANCE	h.	m.	ENFANTS Poids kg.	sexe	ACCIDENTS ET COMPLICATIONS pendant la grossesse
ıtanée	5	05	nat.	1		2.400	G	
—	10	10	—	1	5	3.220	G	galactophorite
—	15	50	—	1		3.100	G	galactophorite, bronchite
—	13		—		30	1.870	G	enf. hypospodiaque, méat urin. fermé
·eps d. l'excav. p. inert.	15	15	—		15	3.850	F	hémorragie de la délivrance
tanée	12	10	—	1		3.650	G	pet. déch. du pér., enf. né en ét. m. ad.
—	11	55	—	1	5	3.090	F	lymphangite du sein droit
—	15	45	—	1	15	3.110	G	
s au détroit inf. (p. l'évent.)	8	45	artific.			3.160	F	infection légère
p. ral. des bruits du cœur fœtal	23		nat.	1		2.520	G	légère déchirure du périnée
tanée	24	30	artific.			3.100	G	déch. de la lèvre ant. du col, hém. gr. ap. la dél., enf. bosse s. s. volumineuse
ps d. l'excavation	26	30	nat.			2.050	F	bosse s.-s. vol., lymp. et galac. du sein
ps au détroit supér.	v. n. 1		—			2.510	F	enfant mort
u dét. sup. (p. ét. gr. de la f.)	22	35	—			3.650	G	enf. m.. la f. succ. 48 h. ap. l'inf. suraig.
anée	4		—	30		2.850	F	
-	25	10	—		15	3.260	G	
d. l'excavation (inertie)	12	35	—	1	45	3.400	F	périnée, trois points de suture
anée	12	5	—		55	2.615	G	
psie ap. tent. de la vert. et ·. (ret. de l anneau de Bandl)	v. n. 2					ét. phys. bon	G	enf. m., la f. succ. de l'anest. chlorof
anée	8	35	nat.		10	2.915	G	lymph. le 7e jour ap. l'accouchement
	26	15	—		35	2.420	F	enf. né étonné, prés. un apl. du pariét. gauche
	11	20	—		20	3.900	G	
au dét. sup. (inertie)	31	30	artific.			3.405	G	enf. né en état d'asphyxie
anée	6	25	nat.			2.560	F	
au dét. sup. (inertie)	36		arfific.			3.900	G	déch. du pér. et du vagin, enf. m. appar., dép. fronto-pariétale
xr. (iner., rés. des p. mol.)	5 j. env.		nat.	1	25	2.125	G	pet. déch. du pér., légère infection
césarienne	v. n. 3					3.590	G	lymphangite et galactophorite
anée	21	20	nat.		30	2.950	G	
	15	15	—		15	3.510	G	insertion basse du placenta
dét. sup. rig. du col, inc., tificielle	15	20	nat.			3.370	G	hémor. pend. l'appl. du forceps, plac. bas, infec. puerpérale
anée	10		—		45	2.970	G	
	5	25	art.	1	20	2.930	G	pet. déch. du périnée.
	13	45	nat.	1	5	3.670	F	

me est entrée 52 heures après le début de son travail. — (2) Le travail a duré 48 heures avant la seconde intervention. rvention a duré 20 minutes.

N°	AGE	MENSTRUATION	ÉTAT DE LA FEMME pendant sa grossesse	Conformation du bassin	ÉPOQUE de la grossesse	Présentations et positions	Durée de la période de dilatation
		ans			mois		h. m
34	30	15 rég.	nausées, migraines	normal	9	OIDT	11
35	29	16 —	vomiss., céphal., constip., pert. blanc.	—	9	SIGA	18 2
36	29			—	9	OIGA	11
37	29	14 —	vomissements, céphalées	—	9	SIGA	10 5
38	32	14 —	rien de particulier	—	9	OIGA	3 3
39	31	12 —	s'est très bien portée	—	9	OIGA	10
40	35	16 —	s'est très bien portée	—	9	OIDP	24
41	35	12 —	s'est très bien portée	—	9	OIGA	5 1
42	30	13 —	vomissem. constip. menace d'avortem. le 4e mois	—	9	OIDP	9 4
43	30	14 —	constip., gastralgies, fatigue extrême. Chute le 4e mois ; le 5e mois, perte due à un coup	—	8	OIGA	53 1
44	30	17 —	vomissements les 3 premiers mois	—	9	OIGA	10
45	40	13 irrég.	rien de particulier	—	9	OIGA	12 3
46	36	21 —	mal. du cœur, vom. les 3 prem. mois	—	9	OIGP	3
47	39	19 rég.	album., somnolence, vomissements	—	9	OIDA	11 3
48	40	17 irrég.	troubl. gastr., état gén. très médiocre	—	8	OIGA	19
49	29	16 rég.	rien de particulier	—	9	OIGA	8 3
50	29	14 —	s'est très bien portée	lux. acq. à 4 ans de la hanche droit	9	OIGA	5
51	38	14 —	vomissements jusqu'au 7e mois	normal	9	OIDP	37
52	30	12 —	rien de particulier	—	9	OIGA	12 3
53	32	15 —	rien de particulier	—	9	OIGA	20 3
54	30	13 —	rien de particulier	—	9	OIDP	15 1
55	38	14 irrég.	albuminurie, constipations	promont. à limit. pied bot	9	front	
56	32	18 —	vomiss., rachialg. très pron.. cystite	normal	8 1/2	OIGA	3
57	30	15 rég.	constipations, pollakiurie, crampes	—	9	OIGA	16
58	31	15 —	état général très médiocre.	—	9	OIGA	5
59	34	19	santé génér. médiocre, pertes blanch.	—	9	OIGA	23 4
60	30	15 —	vomissements pendant 4 prem. mois	promont. à limite	8	OIGA	19 0
61	32	16 irrég.	rien de particulier	bassin obliq. par paralysie	8	OIDP	59 2
62	30	12 —	s'est très bien portée	normal	9	OIGA	16
63	32	22 —	albuminurie, vomissem., bronchite	bas. général. rét.	9	SIGA m. d. fes.	
64	33	18 rég.	santé habit. faible. Crises nerveuses	diam. p. p. minimum 8 cm. 1/2	9	MIDT	29 5
65	32	15 —	grippe depuis 1 mois, poches des eaux rompue 6 jours avant l'accouchement	normal	7	OIDP	6
66	30	21 —	troubles gastro-intestinaux	—	9	OIGA	17

TERMINAISON	DURÉE totale du travail	DELIVRANCE	ENFANTS Poids	sexe	ACCIDENTS et complications
	h. m.		kg.		
née	11 30	nat. 1 45	3.430	F	lymphangite légère
an. (ab. du pied). Maur.	19 20	— 10	3.310	G	opht. purul. pér. trois p. de suture.
née	12	— 30	2.720	G	déch. du col., hémor. de la délivr.
e Mauriceau	11 35	— 5	2.610	F	
née	3 45	— 10	3.110	F	lymphang. lég. le 12e j. ap. l'accouch.
	12	spont. 25	3.900	G	petite déchirure du périnée
	36 2 0	art. 2 15	3.030	F	déchirure du col du périnée; hémorrhagie demi-heure apres la delivrance
	6	nat. 10	2.810	G	
	12 40	— 50	2.980	G	température 38° le jour de l'accouchement, diarrhée les 3 derniers jours de son séjour dans le service
	54 40	— 50	2.120	F	enf. a prés. un pemphigus non syphilit.
	11 10	— 35	3.280	G	ophtalmie purulente
	15 30	— 20	3.670	F	
	3 30	— 50	3.320	G	périnée, trois points de suture
'excav. (rés. du pér.)	28 20	— 5	3.110	G	périnée, trois p. de sut. infect. légère
éc	19 12	— 1 8	2.280	G	
	8 50	— 1 50	2.240	F	
	7 30	— 20	3.170	F	
	43	— 15	2.950	F	périnée, deux points de suture
	15 5	— 45	3.450	G	petite déchirure du périnée. diphtérie du vagin, lymphangite légère.
	21 55	— 5	2	G	mort procidence du cordon
	16 15	— 20	2.450	F	légère déchirure du périnée
al. (enf. souff.)	9 45	— 15	2.150	F	enfant né en état de mort, fract. du bras
l'exc. (rés. du pér.)	8 25	— 20	3.120	F	lymphangite et infection puerpuérale
ée	18 20	—	2.740	G	
	5 55	— 50	3.565	G	enf. a prés. un céphalématome volum.
	25	— 30	2.700	F	
	23 .	— 35	3.450	G	infection assez grave
	60 50	— 30	1.890	F	
	19 10	— 45	3.200	G	insertion basse du placenta
il. art. extrac. mam.	41	— 20	3.300	F	mort de l'enfant (né en asphyxie) déchirure légère du périnée
al., man. de Maur.	33 10	— 10	2.820	G	enf. n. en ét. de m. ap., pér., 5 p. de sut.
c	8	— 50	1.520	F	
	18 10	— 50	2.740	F	déchirure de la petite lèvre

N°	AGE	MENSTRUATION		ÉTAT DE LA FEMME pendant sa grossesse	Conformation du bassin	ÉPOQUE de la grossesse	Présentations et positions	Durée de la période de dilatation
		ans				mois		h. m
67	35	15	rég.	pertes blanches, s'est très bien portée	normal	9	OIDP	10
68	29	17	—	s'est très bien portée	—	9	OIGA	28 3
69	29	12	irrég.	crises nerv. au début de la grossesse	—	9	OIGA	8 1
70	29	12	rég.	doul. dans les jambes, pert. blanches	—	9	OIDA	50 2
71	30	12	—	s'est très bien portée	—	9	épaule vert. ext. en OIGA	4 3
72	29	17	irrég.	dyspn., palp, aném., mauv. état nerv.	diam. p. p. min. 9 cm. 1/2	9	OIDP	42
73	29	14	rég.	vomissements au début	normal	8	OIGA	17 1
74	30	13	—	vomissements, constip. au début	—	9	OIGA	7 1
75	29	11	—	vomissements au début	—	9	OIGA	14
76	34				—		épaule	11
77	34	17		mauv. état nerv., vomiss., palpit.	—	9	OIDA	7
78	30	17		leucorrée. granulations vaginales	—	9	OIGA	3
79	29	19	irrég.	s'est très bien portée	—	9	OIGA	12 3
80	44			cardiopathie, œdèmes	—	8	OIGT	
81	39	17	rég.	hémorr. qq. jours avant l'accouchem.	—		OIGA	5 3
82	30	16	—	s'est très bien portée	—	9	OIGA	
83	32	10	—	vomissem., douleurs dans les reins	—	9	OIGA	12
84	30	12	—		—	9	OIGA	32 4
85	29	11	—		—	9	OIGA	
86	30	15	—	rien de particulier	—	9	OIGA	
87	30	20	—	vomissements au début	—	9	OIGA	10
88	35	20	irrég.		diam. p. p. min. 9	9	OIGT	
89	29	13 1/2		s'est très bien portée	normal	9	OIGA	
90	30	16	irrég	crises d'hyst., essouffl., gastrite	—	6 1/2	OIGA	11 3
91	33	18	rég.	rien d'anormal	—	9	OIGA	
92	32	16	—	s'est très bien portée	—	9	OIGA	37
93	29	13	—	rien d'anormal	—	9	OIGA	19 4
94	34			rien de particulier	—	9	OIGA	20
95	29	15	irrég	opér. p. végét. à la vulve 3 mois av. l'accouch.	—	9	OIGA	7
96	34	13	rég.	rien de particulier	—	9	OIGA	
97	29	12	—	vomiss., sensat. de boule à la gorge	—	9	OIGA	20
98	31				—	9	OIGA	
99	34	24	irrég.	bacill., doul. dans la fosse iliaq. gauch.	—	9	OIGA	17
100	30	17	—		—	9	OIGA	3

TERMINAISON	DURÉE totale du travail	DELIVRANCE	ENFANTS Poids	sexe	ACCIDENTS ET COMPLICATIONS pendant la grossesse
	h. m.	h. m.	kg.		
. la vulve (tête mal fléchie (l'en- ;ouffre	11	nat. 1	3.120	G	périnée, trois points de suture
tanée	29 30	— 5	2.290	F	déchirure de la fourchette
-	8 30	sp. 5	2.765	F	hydramnios
ps au dét. inf. (inertie)	52	nat. 25	3.645	G	périnée, quatre points de suture
anée	4 40	— 15	3.200	G	
ps au détroit supér.	42	— 5	3.180	G	enf. né en ét. de m. app., déc. le lend
d. l'excav. (inertie)	19 30	— 35	2.070	G	insertion basse du placenta
anée	7 40	—	3.120	F	périnée, deux points de suture
d. l'excavation (inertie)	20	— 15	3.020	F	
anée	12 30	—	1.200	F	enf. m. une quinz. de j. av. l'accouch
·	10 20	— 1	3.550	G	procidence du bras, déchir. lég. du pér.
	3 30	— 30	3.120	F	
	14 30	— 30	3.270	G	
›od. ap. dil. artific.	16	—	1.200	F	enf. mort-né, la femme succ. le 3e jour
anée	8 15	— 15	1.510	G	déchirure du sinus circulaire
	6 45	—	2.760	F	
›s d. l'excav. (inertie)	14	— 10	2.480	G	paralysie faciale chez l'enfant
a vulve (men. de syn. et rés. inée)	36 45	—	2.920	G	déch. comp. du pér. (la vulve ét. tr. étr.)
inée	49 env.	—	3.180	G	
	20 env.	— 30	3 350	G	
	13 30	— 15	2.630	F	déchirure de la fourchette
›ipsie	34 env.	—	2.700 env. n.c.	G	enf. m. pend. le trav. (procid. du cord.)
.née		— 15	3.250	F	légère déchirure du périnée
	15	—	750	F	enf. a resp. pend. 5 minut. et a succomb.
	11	— 30	2.900	F	
la vulve (résistance)	41	—	2.730	F	
née	22	— 25	3.600	G	déchirure de la fourchette
	20 40	—	2.850	F	
	8 10	—	1.500	G	
	2	—	2.800	G	
			3.050	F	
	9	nat. 10	2.980	G	
	18 30	—	3.320	G	
	3 15	— 10	2.170	G	

CHAPITRE II

De la fréquence relative des primipares âgées. — De la menstruation chez ces primipares

Nos données portent sur une statistique ininterrompue de 18 années et 5 mois à la Clinique obstétricale de Montpellier. Pendant cette période de temps il s'est effectué 3286 accouchements de toutes sortes. Sur ce nombre nous avons trouvé 100 primipares âgées de 29 à 44 ans. Nous pouvons donc dire que les primipares âgées donnent une moyenne de 3,04 p. 100 sur un ensemble de 3286 parturientes.

Les statistiques des auteurs donnent la moyenne suivante :

Rumpe	3,6 %
Hecker	3 %
Kleinwachter	2,7 %
Courtade	2,7 %
Dubé	2,5 %

Les auteurs cités ont tous pris comme limite inférieure l'âge de 30 ans et sont arrivés aux conclusions qui se rapprochent des nôtres.

Menstruation. — La plupart des auteurs ont cherché à établir un rapport entre l'âge d'apparition des premières rè-

gles et l'âge d'apparition de la première grossesse. « Lorsque la menstruation a été tardive la grossesse l'a été aussi », conclut Dubé. Kleinwachter a formulé une loi d'après laquelle on rencontre une menstruation plus irrégulière au fur et à mesure que s'attarde l'époque de la première conception.

On s'accorde, pour fixer l'apparition des premières règles, entre 12 et 16 ans. Ces chiffres varient suivant la race, le climat, le tempérament et l'éducation.

Rubbing donne des chiffres relatifs à l'époque de la maturité génitale dans différents pays.

Un grand nombre de statistiques ont donné les moyennes suivantes :

Dans la Laponie suédoise...		18 ans
A Christiania............		16 — 9 mois
A Stockholm............		15 — 6 —
A Copenhague..........		16 — 9 —
A Gottingue.............		16 — 2 —
A Berlin.................		15 — 7 —
A Münich...............		16 — 5 —
A Vienne................		15 — 8 —
A Varsovie..............		15 — 1 —
A Manchester...........		15 — 6 —
A Londres.........	entre	15 — 1 —
	et	14 — 9 —
A Paris...........	entre	15 — 7 —
	et	14 — 9 —
A Montpellier...........		14 — 2 —
A Marseille.............		13 — 11 —
A Corfou................		14 —
A Madère................		14 — 3 —
A Calcutta..............		12 — 6 —
En Egypte..............		10 —
A Sierra-Leone..........		10 —

« Cette période, ajoute le professeur suédois, qui marque le *début* de l'activité génitale, n'est nullement comparable à celle de sa maturité. »

Chez nos primipares âgées nous possédons des renseignements sur la date d'apparition des premières règles dans 91 cas.

Le maximum de fréquence tombe sur l'âge de 15 ans.

Le pourcentage de nos observations donne :

Pour 10 ans.............	1,1 %
— 11 ans.............	2,2 %
— 11 ans 1/2.........	1,1 %
— 12 ans.............	12,1 %
— 13 ans.............	10,9 %
— 13 ans 1/2.........	1,1 %
— 14 ans.............	10,9 %
— 15 ans.............	19,7 %
— 16 ans.............	8,8 %
— 17 ans.............	14,3 %
— 18 ans.............	6,6 %
— 19 ans.............	3,3 %
— 20 ans.............	2,2 %
— 21 ans.............	1,1 %
— 22 ans.............	2,2 %
— 24 ans.............	1,1 %

Dans 67 cas les menstruations étaient normales, dans 20 cas elles étaient irrégulières.

Nos résultats sont comparables à ceux de Courtade, de Peyrat et de Dubé, qui ont trouvé aussi que le maximum de fréquence de la première menstruation correspondait à 15 ans chez les primipares âgées. Kleinwachter donne 77 p. 100 comme début tardif de la menstruation pour les primipares âgées, et il trouve que la proportion du début tardif de la menstruation augmente avec l'âge.

L'époque un peu plus tardive d'apparition des premières règles nous paraît un fait acquis. C'est, peut-être, une cause du retard de la première grossesse, concuremment avec d'autres, telles que le manque d'énergie et l'irrégularité des fonctions génitales, les vices de conformation du bassin et les états pathologiques locaux ou généraux qui se rencontrent plus souvent chez cette catégorie de primipares. Mais nous ne croyons pas qu'on puisse attacher à ce fait *seul* une grande importance en son rapport avec l'âge des primipares tant qu'on ne possède pas de données suffisantes sur le début des rapports sexuels chez ces primipares.

CHAPITRE III

De la grossesse et de ses complications chez les primipares âgées

Les auteurs qui se sont occupés de la question sont portés à croire que la grossesse évolue d'une façon pénible chez les primipares âgées et s'accompagne souvent de complications graves. Notre étude statistique nous a permis de faire des constatations et d'en tirer des conclusions moins décourageantes.

Dans ce chapitre nous allons passer en revue la profession, les antécédents de nos primipares, la marche et la durée de la grossesse et ses complications.

Nous comparons chemin faisant nos résultats avec ceux des différents auteurs.

Profession. — La profession de nos parturientes est indiquée dans 89 cas. Nous n'y trouvons presque rien qui soit spécialement nuisible à la grossesse ou prédisposerait à ses complications.

Dans la majorité des cas, il s'agit de domestiques (34 cas sur 89) ou de ménagères (18 cas), couturières (13 cas). Les autres professions : repasseuses, cuisinières, concierges,

marchandes, caissières, jardinières, gantières, etc., artistes, institutrices sont en nombre restreint.

Antécédents héréditaires et personnels. — Dans les antécédents héréditaires rien de bien saisissant, excepté deux ou trois cas d'hérédité bacillaire.

Rachitisme. — Dans les antécédents personnels de nos primipares nous trouvons 12 cas de rachitisme, dont 7 cas avec des signes marqués sur tout le squelette et des viciations pelviennes assez considérables, et 5 cas dans lesquels le promontoire était simplement accessible à limite.

Appareil respiratoire. — Dans quatre cas nous avons constaté l'existence d'une tuberculose pulmonaire ; elle coexistait une fois avec une tuberculose osseuse, tandis qu'une autre femme présentait des poumons exempts de toute lésion bacillaire, bien que porteuse d'une ancienne coxalgie. Cette tuberculose pulmonaire persistait pendant la grossesse et n'a pas paru influencée par elle au moins dans deux cas.

Dans une observation, la parturiente (artiste lyrique) a présenté de la bronchite et de la laryngite chroniques.

Appareil circulatoire. — Parmi nos femmes nous trouvons deux cardiaques. L'anémie est notée dans huit cas, tantôt dans les antécédents, tantôt pendant la grossesse, mais en réalité le chiffre doit être plus élevé pour cette maladie, si on en juge d'après quelques observations.

Système nerveux. — En ce qui concerne le système nerveux de nos primipares, une de nos femmes avait été frappé de paralysie infantile ; cette paralysie a influencé le développement du bassin.

Une autre (Obs. 52) avait eu à 15 ans une paralysie (d'origine névrosique probablement qui a duré, d'après le récit de la femme, une quinzaine de jours et a été suivie de chorée deux ans environ.

Une autre (Obs. 40) avait eu des convulsions dans l'en-

fance ; elle a présenté une diminution de son psychisme et du strabisme (comitialité probable).

Dans un cas (Obs. 90) l'hystérie est notée.

Maladies infectieuses et autres affections. — Dans six cas nous trouvons des indications sur les maladies infectieuses. Dans un cas (Obs. 63) il s'agit de fièvres intermittentes. Une femme fut opérée d'une appendicite deux ans avant son accouchement.

Antécédents génitaux. — Au point de vue génital une femme (Obs. 29) a présenté une métrite hémorragique 8 ans avant sa grossesse. Une autre avait une gonococcie probable.

L'observation 4 se rapporte à une grossesse dans un utérus fibromateux.

En somme nous avons parmi nos femmes 15 à 20 p. 100 environ de personnes dont la santé laisse beaucoup à désirer.

Voyons comment nos primipares âgées ont supporté les charges de la maternité.

Etat des primipares âgées pendant la grossesse. — Dans 8 cas sur 100 nous n'avons pas de renseignements à ce sujet. 25 de nos femmes se sont bien ou même très bien portées pendant leur grossesse ; parmi elles se trouvent deux bacillaires. Dans 14 cas on ne signale rien de particulier, rien d'anormal pendant la durée de la gestation. Dans 12 cas on a noté des nausées, des vomissements ou état nerveux particuliers rien qu'au début de la grossesse.

Nous pouvons donc dire que 62,2 p. 100 de nos primipares ont supporté leur grossesse aussi bien que les autres gestantes.

COMPLICATIONS. — Les auteurs ont fait de très patientes recherches sur les malaises, troubles et les autres particularités de la grossesse. Courtade, Ahlfeld et Schwing sont

d'accord pour admettre que ceux-ci sont plus fréquents chez les primipares âgées ; on les trouve en moyenne dans 44,6 p. 100 de cas.

Pour ce qui a trait à notre stastistique, nous avons observé dans 13 cas de légers signes de toxémie gravidique.

On signale dans une observation des vomissements et de la constipation suivie d'une menace d'avortement le quatrième mois. Dans un cas la femme a éprouvé de la faiblesse extrême qui l'obligeait à garder le lit.

Une femme (obs. 43) a présenté des troubles gastriques et une fatigue extrême ; pendant le quatrième mois de sa grossesse cette femme a fait une chute et a bien supporté ce traumatisme.

Dans deux cas des crises nerveuses sont notées.

Dans l'observation 20 on signale des évanouissements pendant la grossesse. Cette femme était bien constituée, mais elle avait une taille très petite. Née d'une mère âgée de 43 ans, elle avait marché à 1 an et n'avait jamais été malade. Elle avait cessé de grandir très jeune et avait un bassin de naine. On pourrait se demander si la petitesse de son organisme ne fut pas cause de la compression des divers organes de la cavité abdominale qui ont provoqué par action réflexe ces évanouissements, sans que son âge n'ait eu aucune influence dans la question.

En somme, nous trouvons les malaises et troubles divers dans 24,3 p. 100 chez nos primipares ; porportion beaucoup plus faible que celle des autres auteurs.

Albuminurie, *œdèmes*.— Parmi les complications morbides plus sérieuses liées à la grossesse en général, la statistique donne :

Albuminurie................	3,16 %
OEdèmes..................	6,64 —
Eclampsie.................	2,53 —

Dans nos observations les œdèmes sont notés dans 2 cas : une fois chez une cardiaque, une fois il s'agit d'un œdème simple sans cardiopathie. ni albuminurie.

L'albuminurie est notée dans 7 cas parmi lesquels 5 fois on n'a trouvé que des traces d'albumine.

La moyenne est de :

Albuminurie................	8,5 %
OEdèmes	2,4 —

Par conséquent l'albumine paraît un peu plus fréquente chez les primipares âgées. C'est d'ailleurs l'opinion de presque tous les auteurs.

Kleinwachter trouve : albuminurie et œdèmes 10,18 p. 100 ; Sruzzi donne 9,7 p. 100 d'œdèmes et d'albuminurie pour les primipares âgées de 35 ans et plus ; Courtade a trouvé de 2,4 à 4,16 d'albuminurie pour les primipares âgées de 30 à 35 ans. Dans la thèse de Courgenou nous trouvons 7 cas sur 111 des femmes albuminuriques (ce qui fait 6,3 p. 100), mais aucune n'a eu d'attaque d'éclampsie.

Dubé constate 2,3 p. 100 d'œdèmes simples chez les primipares âgées, et 10 p. 100 d'albuminurie de la grossesse ou du travail.

L'âge avancé, d'après la plupart des auteurs, Kleinwachter, Courgenou et Dubé exceptés, constitue au point de vue du pronostic dans les cas d'éclampsie une condition défavorable.

Pas une seule fois l'éclampsie n'est signalée chez nos primipares.

Hémorragie dans le cours de la grossesse. — Dans notre statistique, nous avons rencontré l'hémorragie 3 fois au cours de la grossesse.

Dans un cas (l'hémorragie s'est produite quelques jours avant l'accouchement), on a trouvé une rupture du sinus circulaire. Dans un autre, quelques hémorragies légères étaient causées par la présence d'une fibromatose utérine. Dans le

troisième, c'est un coup sur le ventre qui a provoqué une perte le cinquième mois de la grossesse. Les deux dernières femmes ont pu mener leur grossesse à 8 mois. Pour la première, l'époque de l'accouchement n'est pas indiqué, mais d'après le poids de l'enfant (1 k. 510 gr.) on peut juger qu'il n'était pas né à terme.

Nous trouvons donc 36 p. 100 d'hémorragie ayant entraîné l'interruption de la grossesse, mais même elles n'étaient pas les seules en cause dans les cas signalés.

Dubé arrive pour les primipares âgées au chiffre de 5 p. 100 d'hémorragies au cours de la grossesse ; en comparant ces données avec celles qu'il a obtenues pour les primipares d'âge inférieur, il conclut que les hémorragies au cours de la grossesse augmentent parallèlement avec l'âge des primipares.

Courtade donne des moyennes analogues à celles de Dubé. Kleinwachter trouve, au contraire, qu'elles diminueraient avec l'âge.

D'après notre statistique elles ne sont ni augmentées ni diminuées avec l'âge, puisque dans nos cas, excepté le cas de grossesse dans l'utérus fibromateux, l'âge ne peut être pris en considération.

Fibromes de l'utérus. — Courgenou note 1,8 p. 100 des cas d'utérus fibromateux qui n'ont nécessité aucune intervention.

Dubé a trouvé une moyenne de 34 p. 100 de fibromes chez les primipares âgées.

Citons une de ces observations très intéressante : « Chez une primipare âgée de 34 ans, un chirurgien a enlevé vers le cinquième mois de la grossesse un fibrome de l'utérus pesant 3 kilos 500 grammes. La grossesse a continué son cours jusqu'à terme. Après l'accouchement on a trouvé un autre fibrome près du fond de l'utérus. »

Dans les cas rapportés par Dubé, quatre de ces utérus

fibromateux ont nécessité l'application du forceps ; une fois la version podalique, pour les autres l'accouchement s'est fait spontanément. Dans cette existence possible des fibromes utérins, conclut Dubé, « on doit noter une cause capable d'assombrir le pronostic de l'accouchement chez les primipares âgées, considérées en bloc. »

Cette complication n'existe dans notre statistique que dans un seul cas. La femme a accouché spontanément au huitième mois de sa grossesse.

Mais, comme il y a des chances de rencontrer des fibromes utérins plus souvent chez ces primipares que chez les autres, nous partageons l'opinion de Dubé.

Gémellité, grossesse extra-utérine. — D'après les auteurs, la grossesse gémellaire est assez fréquente chez les primipares âgées. On conclut même que la fertilité gémellaire croît parallèlement à l'âge. Les grossesses extra-utérines sont fréquentes chez les primipares restées longtemps inféconde. Suivant Rumpe, il faut tenir compte dans ces cas des anomalies de la menstruation.

D'après M. le professeur Forgue, dont nous avons eu l'occasion de connaître la manière de voir dans sa clinique, ce sont les états pathologiques locaux, gonococcie en particulier, qui sont en cause.

Nous ne pouvons tirer aucune conclusion à ce sujet, n'ayant trouvé dans nos observations ni grossesse extra-utérine, ni gémellité.

Placenta inséré sur le segment inférieur. - Les auteurs constatent pour les primipares âgées la moyenne suivante :

Dubé.................	5,5 0/0
Courtade.............	0,9 —
Ahlfeld..............	1 —
Eckhardt.............	0,9 —
Courgenou............	0,9 —

Nous ne trouvons que trois cas de placenta inséré sur le segment inférieur. Dans un de ces cas, cette insertion vicieuse était une cause probable de l'accouchement prématuré.

Durée de la grossesse. — Quelques auteurs ont cherché avec soin la durée de la grossesse chez les primipares d'âge différent.

D'après Richard, la durée de la grossesse est difficile à préciser à cause de la fécondation qui peut avoir lieu de suite après les dernières règles ou bien quelques jours seulement avant la date présumée des règles suivantes. Courtade croit que l'influence de l'âge sur « la durée de la grossesse paraît absolument nulle. » Ahlfeld et Rumpe font des conclusions pareilles. Eckhardt croit cependant que la durée est plus longue chez les primipares âgées. Il prouve cette opinion par sa statistique. Sizé (*Annales de gynécologie*, septembre 1878) rapporte un cas de grossesse prolongée à 10 mois chez une primipare de 39 ans. Il fallut intervenir pour faire cesser la gestation qui menaçait de se prolonger encore.

Dans nos observations la date de l'accouchement n'est pas notée dans deux cas, mais d'après le poids des enfants ils n'étaient pas faits à terme.

Nous constatons les données suivantes :

84	de nos primipares	ont accouché à	9 mois environ
4	—	—	8 mois 1/2
7	—	—	8 mois
1	—	—	7 mois 1/2
1	—	—	7 mois
1	—	—	6 mois 1/2

Donc nous avons la moyenne :

85.7 p. 100 pour la grossesse à terme ;

16p. 100 pour les accouchements prématurés et précoces.

Si nous cherchons les causes qui pourraient expliquer jusqu'à un certain point ces accouchements avant terme, voici ce que nous trouvons dans nos observations que nous divisons en trois groupes :

1er Groupe. — La cause de l'accouchement prématuré paraît assez nette : dans l'observation n° 4 (accouchement à 8 mois), nous constatons la présence de l'utérus fibromateux avec hémorragies ; observation n° 73 (accouchement à 8 mois) note l'insertion basse du placenta ; dans l'observation n° 80 (accouchement à 8 mois, l'insertion basse du placenta ; observation n° 76 fait supposer une syphilis : c'est le cas d'une prostituée qui a accouché d'un enfant mort pesant 1 kil. 200 ; dans le n° 80 (accouchement à 8 mois) nous trouvons une cardiopathie qui a entraîné des conséquences fatales (mort de l'enfant et de la mère) ; dans l'observation 81 (accouchement à 8 mois), il y a une rupture du sinus circulaire (l'enfant pesait 1 kil. 510) ; enfin, les accouchements nos 12 et 21 (à 7 mois 1/2 et 8 mois 1/2) étaient provoqués pour bassin rétréci.

2e Groupe. — La cause de l'accouchement prématuré peut s'expliquer jusqu'à un certain point : dans l'observation n° 26 (8 mois 1/2), nous trouvons de la bacillose ; dans le cas n° 27 (8 mois 1/2), de l'albuminurie ; dans l'observation 43 (accouchement à 8 mois), état général mauvais ; dans le n° 48 (accouchement à 8 mois), état général médiocre, troubles gastriques ; dans le n° 56 (8 mois 1/2), des vomissements, des rachialgies, de la cystite sont notés ; dans le cas n° 50 (accouchement à 6 mois 1/2), c'est l'hystérie qui peut être incriminée ; dans l'observation n° 65, nous constatons une grippe depuis un mois ; cette femme a accouché à 7 mois.

3e Groupe. — La cause de l'accouchement prématuré nous échappe : observation n° 60 (8 mois) ne donne rien de parti-

culier, sauf un promontoire à limite ; n° 61 (8 mois) bassin oblique.

En somme, dans la plupart de nos observations qui se rapportent aux accouchements prématurés et précoces, nous trouvons des causes qui ne sont pas en rapport direct avec l'âge de nos primipares. Cependant il est juste de remarquer que certaines complications qui les ont provoqués (fibromatose, état général mauvais, albuminurie) se voient plus fréquemment chez les primipares âgées.

Nous voyons donc que la grossesse chez nos primipares âgées dans la majorité de cas a évolué d'une façon normale quoique à peu près 1/5 d'entre elles possédassent une santé habituelle mauvaise ou très médiocre.

Si l'âge *seul* est en cause, notre conclusion sera encourageante pour les femmes qui, ne jouissant plus de leur première jeunesse, désirent goutter les joies de la maternité.

CHAPITRE IV

De l'accouchement chez les primipares âgées et de ses complications

Les auteurs se sont généralement basés sur l'étude du travail, de sa durée, de ses complications, pour édifier le pronostic de la primiparité tardive.

Il nous semble logique, lorsqu'on étudie la marche du travail chez les primipares âgées, de faire une distinction entre les femmes bien constituées et celles qui ne le sont pas.

Chez les premières, l'âge seul entre en jeu si on ne prend pas en considération les états pathologiques qui ne sont pas particuliers à cet âge ; tandis que chez les secondes il faut y joindre les causes de dystocie provenant des viciations pelviennes, et dans ces cas le pronostic dépend du degré de ces viciations.

Mais, avant d'aborder l'étude du travail et de ses complications, étudions les présentations du fœtus chez les primipares âgées :

Présentation. — Nous constatons :

Présentation du sommet.....	92	p. 100
— du siège........	4	—
— de la face......	1	—
— de l'épaule.....	3	—

Ce qui fait une moyenne de 8 p. 100 de présentations vicieuses ; proportion plus élevée que la moyenne générale pour toutes les primipares.

Si nous nous rapportons aux auteurs différents, nous constatons que, presque tous, ils trouvent les présentations vicieuses plus fréquentes chez les primipares âgées.

Voici leur moyenne :

Hecker trouve. . .	5,6	p. 100
Courtade........	6,9	—
Kleinwachter.....	6,9	—
Rumpe	8,0	—
Cohnstein	10,1	—
Dubé...........	8,3	—

Notre chiffre est comparable à ceux des auteurs cités.

Etudions ces présentations vicieuses en détail.

Kleinwachter insiste sur ce fait que la fréquence des présentations *du siège* augmente avec l'âge des parturientes. Courtade trouve dans sa statistique une moyenne de 4,3 p. 100 au lieu de la proportion normale qui est de 33 p. 100 d'après la statistique de Pinard. Cohnstein et Hecker donnent des chiffres inférieurs, 2,5 et 2,7 p. 100. Notre statistique donne, comme nous avons dit, 4 p. 100.

Pour *la présentation de la face* :

Hecker donne............	1,3	p. 100
Kleinwachter...........	2,9	—
Cohnstein...............	5,3	—
Dubé	0,2	—
Notre statistique.........	1,»	

La proportion ordinaire, d'après Pinard, serait 0,4.

Pour *la présentation du tronc* :

Rumpe trouve..	2,»	p. 100
Courtade..............	1,5	—

Steinmann..............	2,»	—
Dubé...................	1,»	—

Tandis que le chiffre normal de Pinard serait 0,8 p. 100.

Notre statistique donne 3 p. 100, mais il faut remarquer, comme nous avons noté dans notre tableau statistique, que dans deux cas on a fait la version externe avant le début du travail et c'est dans un cas sur cent seulement que l'épaule a évolué spontanément au moment de l'accouchement (c'était un enfant mort et non à terme).

Positions. — Nous ne trouvons pas des indications chez les auteurs sur les variétés des positions, mais d'après nos observations nous avons les données suivantes :

O.I.G.A.......	67,	soit	72,8	p. 100
O.I.D.P.......	11	—	11,9	—
O.I.D.A.......	5	—	5,4	—
O.I.G.P.......	2	—	2,1	—
O.I.G.T........	2	—	2,1	—
O.I.D.T.......	1	—	1,0	—

De cette statistique nous voyons que la position gauche en variété antérieure prédomine comme dans les cas normaux de la grossesse.

De la durée du travail. — Les avis des auteurs au sujet de l'influence de l'âge sur la durée du travail sont contradictoires.

« Trois opinions. dit Dieterlen, se partagent la question :

» 1° L'influence de l'âge est nulle ;

» 2° Elle agit aux deux extrêmes de la vie sexuelle comme cause de retard ;

» 3° Elle est nulle chez les plus jeunes mères et très manifeste chez les femmes âgées. »

Pour Courtade, *la moyenne de la durée totale* du travail chez les primipares âgées est de 16 h. à 22 h. 27 ; il conclut

que cette moyenne, trouve-t-il, est de six heures environ supérieure à la normale.

Ahlfeld évalue à 20 h. 40 la durée normale du travail chez les primipares en général. Il trouve 27 heures comme moyenne chez les primipares âgées.

Pour Kleinwachter, la durée moyenne étant chez les primipares en général de 18 heures, il trouve que 50 p. 100 parmi les primipares âgées accouchent après 18 heures.

Courgenou trouve 17 h. 30 environ comme durée moyenne.

Pour Dubé, cette durée totale est de 13 h. 19 à 16 h. 55.

Dans sa statistique, il trouve 51 à 56 p. 100 des primipares âgées qui ont accouché avant 12 heures. Cet auteur a fait une étude comparée de la durée du travail chez les primipares très jeunes, celles d'âge moyen et les primipares âgées. D'après sa statistique, les chiffres sont presque identiques pour toutes les primipares prises en bloc ; la période d'expulsion seule serait de « *quelques minutes* plus longue chez les primipares âgées. »

Nous ne trouvons que chez Courtade les chiffres qui se rapportent *à la période de dilatation ;* ces chiffres sont de 14 h. 6 à 18 h. 5.

Quant à la *période d'expulsion :*

Kleinwachter donne une moyenne			de 2 h. 9.
Dubé	—	—	de 1 h. 19 à 1 h. 39.
Courtade	—	—	de 2 h. à 2 h. 9.

Dans notre statistique, nous avons tâché de calculer la durée totale du travail et d'autre part la durée de chacune des périodes de dilatation et d'expulsion. Nous avons obtenu une moyenne à part pour la durée du travail chez les femmes normales et chez celles qui ont présenté des viciations pelviennes. Nous avons laissé de côté quelques observations dans lesquelles nous n'avons pas trouvé de données précises

sur la durée de l'accouchement. D'après les données indiquées dans notre tableau statistique, nous avons dans les cas avec bassins normaux :

Durée de la période de dilatation.........	13 h. 50
Durée de l'expulsion	2 h. 18
Durée totale.........................	15 h. 30

Ces moyennes sont légèrement supérieures aux normales données par les classiques (expulsion, 2 h. ; durée totale, 12 à 15 h.) pour les primipares en général.

Pour les cas avec bassins viciés, nous avons obtenu les moyennes suivantes :

Pour la période de dilatation...........	24 h. 7
— d'expulsion.............	2 h. 48
Durée totale.........................	30 h. 40

Cette proportion est beaucoup plus élevée que la normale, cependant elle ne se trouve pas complètement sous la dépendance de l'âge de la femme, mais de l'état particulier de son bassin.

Pour l'ensemble de nos primipares nous trouvons donc une moyenne :

Durée de dilatation.....................	13 h. 58
— d'expulsion.....................	2 h. 33
— totale..........................	23 h. 5

En somme cette moyenne est plus élevée que la moyenne normale, mais il faut ajouter que parmi nos primipares 46 p. 100 environ ont accouché avant 12 heures.

Quant aux résultats contradictoires trouvés par les auteurs, nous partageons l'avis de Dubé qui s'exprime ainsi : « Ces différences d'opinions prouveront qu'il ne faut dans les statistiques établir les moyennes que sur des faits comparables.

Des complications du travail. — En étudiant le nombre d'interventions obstétricales dans leur rapport avec l'âge, tous les auteurs sont unanimes à trouver que la fréquence des cas nécessitant l'intervention augmente avec l'âge.

La moyenne des interventions pour les différents auteurs a été la suivante :

Kleinwachter	9,2
Krüger	7,6
Iezler	8,2
Winckler	9,7
Courtade	21,8
Rumpe	34
Ahlfeld	68
Cohnstein	73
Dubé	30,4

Ce dernier auteur, après avoir calculé cette moyenne, a fait une élimination des femmes à bassins viciés et de celles qui n'étaient pas à terme. Après cette élimination sa moyenne est descendue à 19,8 0/0.

Dubé croit que les primipares âgées ont si fâcheuse réputation, depuis Mauriceau, que le forceps est venu dans beaucoup de cas chez elles *a priori* prendre la place de la nature, qui s'en serait souvent bien passée en faisant la besogne seule.

« Sauf quelques exceptions, dit Courtade, chaque auteur fournit une moyenne d'autant plus élevée que la proportion de rétrécissements pelviens observés par lui est elle-même plus forte. »

Sruzzi conclut que la moyenne élevée d'interventions n'est pas uniquement dépendante des bassins viciés, puisqu'elle reste toujours plus élevée que celle des autres primipares, même après élimination des bassins viciés et des femmes non à terme.

Il nous semble que l'état de la fibre utérine elle-même et de toutes les parties molles doivent entrer en ligne de compte pour expliquer souvent l'intervention.

Il arrive quelquefois que les contractions utérines fortes et soutenues arrivent à vaincre l'obstacle et permettent l'accouchement même dans un bassin assez rétréci. Chez les primipares âgées les contractions utérines sont souvent faibles et languissantes dès le début du travail, et vont en s'espaçant à mesure que le travail avance : elles nécessitent de cette façon quelquefois une intervention dans un cas où une primipare jeune aurait accouché spontanément. Si à cette faiblesse du muscle utérin s'ajoute une résistance des parties molles (rigidité du col, résistance du releveur de l'anus ou du périnée), l'intervention devient encore plus inévitable.

Voyons quelle est la fréquence relative des bassins viciés chez les primipares âgées.

Bassins viciés. — Pour Kleinwachter, la différence de la proportion des bassins viciés suivant l'âge des primipares est à peu près nulle.

Il a trouvé :

Pour les primipares âgées, 20,8 pour 100.

Pour les primipares jeunes 20,7 pour 100.

Bruzzi et Courtade concluent que la porportion des bassins viciés augmente avec l'âge des primipares.

La moyenne est la suivante :

Bruzzi.....	30,8 %	(pour les primipares de 35)
Courtade...	12,7 %	
Dubé......	14,5 %	
Rumpe....	19 %	
Schwing...	10 %	
Steinmann .	3,7 %	
Hecker....	3,5 %	

Nous avons trouvé :

Bassin avec promontoire accessible à limite...		7
Bassins rétrécis (rachitique)...............		2
—	généralement rétrécis.	2
—	coxalgique.........................	1
—	cyphotique..	1
—	de nain...........................	1
—	oblique	1
	Total..	15

c'est-à-dire le chiffre qui n'est pas supérieur à la proportion donnée par les classiques pour toutes les primipares

Terminaison du travail.—Dans 70 pour 100 de trois observations nous avons constaté la terminaison spontanée de l'accouchement, 30 cas pour 100 ont nécessité des interventions :

Forceps....................	21 cas
Basiotripsie..................	2 —
Version podalique............	3 —
Extraction (siège)......	3 —
Opération césarienne.........	1 —

En prenant en détail ces opérations, on trouve que le forceps a été appliqué :

4 fois pour des bassins viciés.

8 fois pour la lenteur du travail (et fœtus souffrant dans quelques cas).

7 fois pour résistance des parties molles ; un de ces cas était compliqué de rigidité du col qui a nécessité une incision ; dans un autre cas il y avait en même temps un état général grave.

1 fois (à la vulve) pour la tète mal fléchie.

1 fois chez une femme qui avait une excavation consécutive à l'opération d'appendicite.

La basiotripsie a été faite 2 fois sur les enfants morts ; 1 fois, dans le cas de bassin vicié, après un long travail et procidence du cordon ; une autre fois après tentative de version et application de forceps qui sont restées sans résultats à cause de la rétraction de l'anneau de Bandl.

La version podalique a été faite :

1 fois pour lenteur du travail et enfant souffrant (présentation du front).

1 fois pour la présentation de la face.

1 fois pour O. I. G. T. après la dilatation artificielle (insuffisance des contractions).

L'extraction du fœtus a été faite :

3 fois pour présentation du siège.

L'opération césarienne a été faite :

1 fois pour le bassin de naine.

Le ballon de Champetier a été introduit :

2 fois avant l'extraction du siège.

Comme on le voit, dans la grande majorité des cas, l'intervention fut indiquée soit par la lenteur du travail et l'inertie utérine, soit par la résistance des parties molles. Cette constatation vient confirmer l'idée émise plus haut ; que le mauvais état du muscle utérin et la résistance des parties molles interviennent souvent pour assombrir le pronostic du travail.

Rupture du périnée. — Nous avons noté toutes les déchirures qui avaient nécessité ou non des points de suture ; nous avons trouvé une moyenne de 30 p. 100, dont 28 p. 100 de déchirures légères et moyennes, et 2 p. 100 de déchirures plus graves.

Dubé donne 14 p. 100 et il dit que les déchirures du périnée ne seraient guère plus fréquentes chez les primipares âgées que chez les autres primipares si on avait été plus sobre du forceps chez les vieilles primipares.

Pour notre part nous avons trouvé à peu près le même nombre de déchirures dans les cas d'accouchement spontané que dans les cas où on a à intervenir ; il semblerait par conséquent que les tissus des primipares âgées sont réellement moins élastiques, moins souples que ceux des primipares jeunes.

Délivrance. — Dans les cas que nous avons étudiés, la délivrance a lieu en moyenne 34 minutes après l'expulsion : par conséquent, dans les limites tout à fait normales.

Elle a été naturelle dans 73 cas, soit en moyenne 92,4 p. 100.

La délivrance artificielle fut faite dans 6 cas, soit 7,5 p. 100.

Les auteurs donnent une moyenne suivante :

Dubé	7,6
Cohnstein	9
Courtade	4,4
Sruzzi	0,3

Notre chiffre est assez élevé et comparable à celui de Dubé.

Hémorragies de la délivrance. — Ces complications sont notées dans nos observations dans 5 p. 100 de cas.

Elles étaient causées deux fois par la déchirure du col, une fois par l'insertion basse du placenta et une fois par l'inertie utérine.

Les auteurs rapportent une moyenne suivante :

Courtade......................	2,8
Dubé..........................	2,1

En somme nous croyons avec Dubé que la délivrance est plus souvent artificielle, qu'elle s'accompagne plus souvent d'hémorragie chez les primipares âgées. Mais nous ne croyons pas pour cela qu'il faille conclure que le pronostic de la déli-

vrance est beaucoup plus grave chez elles que chez les autres primipares, grâce à l'antisepsie qui permet de lutter contre ces accidents de la délivrance.

CHAPITRE V

Pronostic maternel et fœtal

Les auteurs qui ont étudié la morbidité et la mortalité chez les primipares âgées sont assez pessimistes à cet égard. Courtade donne pour la mortalité maternelle une moyenne de :

13,6 p. 100......... de 30 à 35 ans
14,8 — .... de 38 ans et plus

Le chiffre de mortalité croît chez les vieilles primipares en même temps que leur âge.

Mais la mortalité élevée trouvée par les différents auteurs se rapportent à l'époque où l'antisepsie n'existait pas en obstétrique.

Gruzzi qui a comparé la mortalité chez les primipares âgées avant et depuis l'antisepsie donne des proportions suivantes.

Avant l'antisepsie :

Primipares au-dessus de 35 ans. 13 p. 100
— au-dessous de 35 ans. 9,9 —

Depuis l'antisepsie :

Primipares au-dessus de 35 ans... 3 p. 100
— au-dessous de 35 ans... 2,08 —

Notre étude statistique nous a permis de faire les constatations suivantes :

Morbidité. — 21 cas d'infection du sein soit 13 p. 100.

Infection puerpérale dans 10 cas, soit 12 p. 100.

Dans dix cas il y a eu guérison, deux cas se sont terminés par la mort.

Mortalité dans les cas d'accouchement spontané — nulle. Dans les cas avec intervention — 3 femmes sont mortes :

Une d'accident d'anesthésie après interventions multiples ;

Une autre (cardiaque avouée avec phénomènes d'asystolie) succombe 3 jours après.

Une troisième meurt d'infection suraiguë 48 heures après l'accouchement, qui a nécessité une dilatation manuelle et une application de forceps au détroit supérieur.

En somme, la mortalité chez nos primipares âgées n'est pas plus élevée que chez d'autres, si on tient compte de ce fait que tous les cas de mort ont été observés chez les femmes ayant subi une intervention grave.

Pronostic foetal

Enfants :

Sexe. — Notre statistique nous donne : 58 garçons pour 42 filles.

Soit 138 garçons pour 100 filles.

Ces chiffres se rapproche beaucoup du résultat d'Ahlfeld. comme on en voit des statistiques suivantes :

	masc.		filles
Ahlfeld a trouvé	137	pour	100
Hecker a trouvé	133	—	100
Kruger a trouvé	167	—	100
Steinmann a trouvé..........	107	—	100

Courtade croit qu'à partir de 30 ans le nombre de garçons augmente sensiblement sur celui des filles. Schramm et Kleinwachter disent que plus une primipare est âgée, plus elle engendre de garçons.

Pour Sruzzi le nombre d'enfants du sexe masculin l'emporte jusqu'à l'âge de 34 ans, où il y a 120,4 garçons pour 100 filles. La proportion diminue légèrement de 35 à 39 ans, où il y 117,5 garçons pour 100 filles. Mais quand la primipare dépasse 40 ans, sa proportion devient 82,8 garçons pour 100 filles.

Etat physique

Poids. — Pour Eckhardt l'enfant de la primipare âgée est moins lourd que celui de la primipare jeune.

Nous trouvons les résultats suivants :

En 9 mois.	3 kil. 078
8 mois 1/2.	2 kil. 556
8 mois	2 kil. 927
7 mois 1/2.	2 kil. 050
7 mois.	1 kil. 520

Par conséquent, le poids des enfants issus des primipares faisant l'objet de notre étude se trouve être dans les limites normales.

Mortalité fœtale. — Mortalité globale est de 9 soit 9 p. 100.

Les enfants morts avant le début du travail : 1 (syphilis probable).

Les enfants morts pendant le travail : 6.

Enfants morts pendant les heures qui ont suivi le travail : 2.

Parmi eux un prématuré (né 6 mois 1/2) ; l'autre mort après un travail difficile suivi d'intervention pour bassin rétréci.

La proportion des enfants morts pendant le travail est assez considérable.

Dans 3 cas mort par l'existence d'une dystocie osseuse, dans un cas mort à cause de procidence du cordon, et enfin dans un cas la mort peut être attribuée à l'état grave de la mère (cardiopathie), dans le dernier cas à cause d'une rétraction de l'anneau de Bandl.

Donc la mortalité fœtale est plus élevée, ce qui s'explique par la dystocie osseuse, des interventions et des états pathologiques chez les mères.

Allaitement. — Nous n'avons pas trouvé un nombre assez considérable de renseignements dans les observations pour pouvoir tirer des conclusions fermes à cet égard. Nos primipares ont pu allaiter leur enfant exclusivement au sein dans 25 p. 100 des cas, avec l'aide de lait stérilisé dans 6 p. 100 des cas.

4 enfants ont été nourris artificiellement.

L'augmentation en poids paraît assez bonne d'une façon générale.

Mais il semble cependant que les primipares âgées ne rentrent pas dans la catégorie d'excellentes nourrices.

CONCLUSIONS

1° Les primipares âgées sont généralement réglées un peu plus tard que les autres ; les anomalies de la menstruation sont plus fréquentes chez elles.

2° L'état général de ces primipares laisse souvent à désirer.

3° L'évolution de la grossesse s'en est quelquefois ressentie sans amener cependant des complications plus sérieuses.

4° La toxémie gravidique et l'albuminurie sont plus fréquentes.

5° Les présentations vicieuses sont plus nombreuses.

6° La durée du travail est légèrement supérieure à la normale chez les femmes bien constituées ; elle est considérablement augmentée dans les cas de bassin vicié.

7° La proportion des bassins viciés ne paraît pas supérieure à celle qu'on trouve pour les autres primipares.

8° La terminaison spontanée de l'accouchement a été observée dans 70 p. 100 des cas ; la terminaison artificielle dans 30 p. 100 des cas.

Les interventions sont par conséquent plus fréquentes chez les primipares âgées.

9° Elles sont souvent nécessitées par la résistance des parties molles ou l'insuffisance des contractions utérines.

10° Les déchirures du périnée sont nombreuses, mais peu graves.

11° La morbidité chez les primipares âgées est plus élevée.

12° La mortalité maternelle est nulle dans les cas d'accouchement spontané et 3,75 p. 100 dans les cas où il y a eu intervention.

13° La mortalité fœtale est de 9 p. 100.

14° L'état physique des enfants est assez bon dans les naissances à terme ; leur poids est à peu près normal.

15° Le nombre des garçons prédomine.

16° L'allaitement paraît avoir donné d'assez bons résultats.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 10 juillet 1906.
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 10 juillet 1906.
Le Recteur,
A. BENOIST.

BIBLIOGRAPHIE

COURGENOU. — Contribution à l'étude de l'accouchement chez les primipares âgées (Thèse de Paris, 1900).

DUBÉ. — De la grossesse et de l'accouchements chez les primipares (Thèse de Paris, 1896).

MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes grosses, 1740.

DIONIS. — Traité général de l'accouchement, 1718.

PUZOS. — Traité d'accouchements, 1759.

COCCIOS. — De l'innocuité relative des accouchements chez les primipares âgées (Thèse de Paris, 1875).

COURTADE. — Grossesse et accouchement chez les primipares âgées.

CHARPENTIER. — Traité pratique des accouchements, t. I, 1883.

P. DUBOIS. — Gazette des hôpitaux, 1860.

DIETERLEN. — De l'accouchement naturel chez les primipares (Thèse de Paris, 1882).

PEYRAT. — Grossesse et accouchement chez les primipares jeunes (Thèse de Paris, 1884).

LACHAPELLE (Mme). — Pratique des accouchements (Paris, 1821, t. I).

DE LA MOTTE. — Traité des accouchements. (Paris, 1745, t. I).

KLEINWACHTER. — Der Einfluss der Lebens Alters auf dic. Geburt Erstgeschwangerten, 1884, t. I.

MANGAGIALLI. — Annali di ostetrica, 1881.

CORIVEAUD. — Déchirures du col chez les primipares (Thèse de Bordeaux, 1899).

HAZARD. — Rigidité du col de l'utérus (Thèse de Paris, 1902).

BUDIN. — Des lésions traumatiques chez les femmes dans les accouchements artificiels (Thèse d'agrégation, 1902).

TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements, 1881.

RIBBING. — L'hygiène sexuelle et ses conséquences morales, 1901.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!